PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” - EDYCJA 2023  
OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a………………………………………………………………………………………..

oświadczam, że osoba niepełnosprawna ……………………………………………………………………

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu

* TAK
* NIE

1. korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

(środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy, klub samopomocy; inne (jakie?)

* TAK
* NIE

1. korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno - wychowawczego,

internatu; inne (jakie?)

* TAK
* NIE

1. uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno - wychowawczy; inne (jakie?)

* TAK
* NIE

1. jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej

TAK

* NIE

1. korzysta z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych

* TAK (jakich?) ……………………………………………………………………………...
* NIE

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………… ………………………………… ……………………………………………..

(miejscowość) (data) (podpis)

